UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943. — N° 11

# LES RÉSULTATS DE LA CÉSARIENNE BASSE APRÈS ÉPREUVE DU TRAVAIL ET DÉBUT D'INFECTION AMNIOTIQUE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Juin 1943*

PAR

**Henry-Pierre-Raymond LAFITTE**

**Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées) le 13 janvier 1913**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. FAUGÈRE, professeur ..... *Président.*

PÉRY, professeur .....

DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges.*

MAHON, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1943

**LAFITTE (Henry-Pierre-Raymond)**

Les Résultats de la césarienne basse après épreuve du travail et début d'infection amniotique. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 56 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 11*).

**LAFITTE (Henry-Pierre-Raymond)**

Les Résultats de la césarienne basse après épreuve du travail et début d'infection amniotique. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 56 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 11*).

**LAFITTE (Henry-Pierre-Raymond)**

Les Résultats de la césarienne basse après épreuve du travail et début d'infection amniotique. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 56 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 11*).

**LAFITTE (Henry-Pierre-Raymond)**

Les Résultats de la césarienne basse après épreuve du travail et début d'infection amniotique. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 56 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 11*).

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943. — N° 11

# LES RÉSULTATS DE LA CÉSARIENNE BASSE APRÈS ÉPREUVE DU TRAVAIL ET DÉBUT D'INFECTION AMNIOTIQUE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Juin 1943*

PAR

**Henry-Pierre-Raymond LAFITTE**

**Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées) le 13 janvier 1913**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. FAUGÈRE, professeur ..... *Président.*
PÉRY, professeur .....
DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges.*
MAHON, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1943

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. BENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL. PETGES, GUYOT, ABADIE.

PROFESSEURS :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. | Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS |
| id. | DUPÉRIÉ. | Médecine expérimentale | AUBERTIN. |
| Clinique chirurg. et gynécol. | JEANNENEY. | Clinique ophtalmologique | BEAUVIEUX. |
| Clinique chirurgicale | PAPIN. | Clinique chirurg. inf. et orthop. | ROCHER. |
| Pathologie et thérapeutique gén. | CARLES. | Clin. des maladies infectieuses | DAMADE. |
| Clinique d'accouchements | RIVIÈRE. | Chimie biologique et médicale | MACHEBŒUF |
| Anatomie pathol. et microsc. clin. | N. | Physique méd. et pharmaceutique. | WANGERMEZ |
| Anatomie | VILLEMIN. | Méd. col. et clin. mal. exotiques. | BONNIN. |
| Anatomie générale et histologie. | G. DUBREUIL. | Clin. malad. cutanées et syphilit. | JOULIA. |
| Hygiène | LEURET. | Clin. des mal. des voies urinaires. | DUVERGEY. |
| Médecine légale et déontologie | LANDE. | Clin. mal. nerveuses et mentales. | DELMAS-MARSALET. |
| Electroradiol. et clin. d'él. médic. | RÉCHOU. | Clin. d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Chimie | CHELLE. | Toxicologie et hygiène appliquée. | LABAT. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | Hydrologie thérap. et climatol. | CREYX. |
| Pharmacie | VITTE | Clinique odonto-stomatologique. | DUBECQ. |
| Physiologie | FABRE. | | |

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie | DUFOUR. | Chirurgie générale | POUYANNE. |
| Physiologie | FRANCK. | Obstétrique | N. |
| Médecine générale | PIÉCHAUD. | id. | MAHON. |
| id. | DE GRAILLY. | Ophtalmologie | N. |
| id. | FONTAN. | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| id. | BROUSTET. | Dermatologie et syphiligraphie | N... |
| id. | DERVILLÉE. | Physique médicale | N... |
| id. | SARIC. | Chimie gén. pharm. et toxicol. | CASTAGNOU. |
| id. | DUBARRY. | Histoire natur. pharmaceutique | GIRARD. |
| Chirurgie générale | LOUBAT. | Pharmacie | MESNARD. |
| id. | MASSÉ. | id. | GRANGER. |
| id. | DARGET. | Histoire natur. méd. et parasitol. | R. MANDOUL |
| id. | MAGENDIE. | | |

COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Médecine opératoire | LOUBAT | Anatomie | J. BEAUVIEU |
| Accouchements | MAHON. | Chimie minérale | CASTAGNOU. |
| Puériculture | FAUGÈRE. | Botanique | GIRARD. |
| Zoologie et parasitologie | R. MANDOUL. | Cryptogamie | GIRARD. |
| Médecine légale | DERVILLÉE. | Pharmacie galénique | MESNARD. |
| Urologie | DARGET. | Bactériologie | MOUREAU. |
| Législation pharmaceutique | POPLAWSKI. | Physiologie | LIARD. |
| Ophtalmologie | N. | Chimie biologique | TAYEAU |

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE.

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Témoignage de ma reconnaissance.
Puissé-je suivre son exemple au cours de ma carrière.

---

A MA MERE

Témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

---

A MES FRERES JEAN, PAUL, MARCEL
ET A MES BELLES-SOEURS

---

A MA FIANCEE

---

A MA FAMILLE

---

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE L'HOPITAL DE LA ROCHELLE

---

A Messieurs les Docteurs

TROCME, DROUIN, PETRIGNANI, DUDUING,
Armand BERAUD, LEFLAIVE, TORLAIS, PAPIN,
SARRABEZOLLES, PLISSONNEAU et BABIAUD

*Médecins et chirurgiens de l'Hôpital Saint-Louis à La Rochelle.*

A Monsieur le Docteur Georges FAUGERE,

En reconnaissance des bons conseils qu'il a bien voulu nous donner dans l'élaboration de ce travail.

---

A MES JUGES

## A NOTRE PRESIDENT DE THESE

### Monsieur le Professeur Fernand FAUGERE.

*Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Qui a eu la bienveillance de nous indiquer le sujet de cette thèse et de nous faire le grand honneur de la présider. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

# LES RÉSULTATS

DE LA

# CÉSARIENNE BASSE

## APRÈS ÉPREUVE DU TRAVAIL
## ET DÉBUT D'INFECTION AMNIOTIQUE

---

### INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier les résultats de la césarienne basse après épreuve du travail et début d'infection amniotique, et ce particulièrement dans les deux maternités de Bordeaux.

Nous avons dans ce but relevé les observations des interventions pratiquées dans ces conditions au cours des dix dernières années.

Nous avons surtout retenu celles pratiquées après épreuve du travail faites pour bassin rétréci ou limité, la température de la femme s'élevant au-dessus de 37°8 et le pouls s'accélérant parallèlement, signes laissant soupçonner un début d'infection amniotique.

Nous examinerons aussi les cas où cette intervention a été appliquée à des infections amniotiques authentiques (température atteignant 39° au moment de l'intervention par exemple).

Nous savons que les accoucheurs ont longtemps discuté

sur la technique à employer dans les cas infectés. Nous les examinerons tour à tour en donnant quelques chiffres statistiques pour chacune d'elles, puis nous examinerons si le crédit dont jouit la césarienne basse auprès de l'école bordelaise, dans les cas même fortement infectés, peut se justifier.

Nous ferons donc, pour commencer, une étude rapide de l'épreuve du travail et de ses résultats, de l'infection amniotique, et plus particulièrement nous indiquerons à quel moment nous avons jugé qu'on pouvait parler d'infection amniotique.

Nous parlerons ensuite des différents procédés qui sont à la disposition des accoucheurs pour lutter contre cette infection. Puis, nous plaçant au seul point de vue de la césarienne basse, nous indiquerons les résultats qu'en ont obtenus divers auteurs. Nous exposerons enfin les résultats que nous avons pu observer personnellement dans ces dix dernières années dans les deux maternités de Bordeaux.

Nous publierons donc quelques observations que nous avons pu relever grâce à la bienveillance de M. le Professeur Rivière et de M. le Docteur Balard.

Pour terminer, nous ferons quelques commentaires sur ces observations et tirerons les conclusions qui nous auront semblé s'imposer.

Qu'il nous soit permis ici de remercier M. le Professeur Faugère d'avoir bien voulu nous suggérer l'idée de cette thèse et de l'assurer de notre respectueuse reconnaissance.

Nous voudrions encore remercier le Docteur Georges Faugère, qui nous a guidé dans l'élaboration de cette thèse. Il nous a donné de précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

## LES RESULTATS DE LA CESARIENNE BASSE APRES EPREUVE DU TRAVAIL ET DEBUT D'INFECTION AMNIOTIQUE

Nous dirons quelques mots, au début de cet ouvrage, sur l'épreuve de travail, ses limites, ses résultats, et aussi sur l'infection amniotique. En particulier nous établirons à quel moment il y a début d'infection.

Quand on se trouve en présence d'une femme présentant une viciation pelvienne et que les examens pratiqués au cours de la gestation ont conduit à repousser toute intervention prophylactique, on décide d'attendre le terme et de voir au cours d'une épreuve du travail bien réglée, c'est-à-dire avant tout bien surveillée, comment vont évoluer les différents éléments du pronostic de l'accouchement, à la condition bien entendu que nous ne nous adressions pas à des bassins dits « chirurgicaux ». Deux éléments sont essentiels pour ce pronostic, à savoir :

*a*) La malléabilité de la tête fœtale;
*b*) La valeur contractile du muscle utérin.

Il faut et il suffit, pour que l'épreuve du travail soit possible, que le fœtus soit trouvé en présentation du sommet lors des examens qui la précéderont, c'est-à-dire au début de l'accouchement.

D'autre part, ce que l'on demandera essentiellement à l'épreuve du travail, ce sera de donner des renseignements sur le passage possible de la tête fœtale et son modelage à travers le rétrécissement pelvien.

Il reste à savoir quel temps sera nécessaire avant que l'on puisse dire si l'épreuve du travail est positive ou négative. Certains auteurs ont essayé de fixer des limites dans le temps à l'épreuve du travail et ont parlé de 5, 6, 8, 10 heures, durée au-delà de laquelle la tête fœtale ne s'engageant pas il était indiqué d'intervenir. Mais il semble que ce soit là une règle trop mathématique pour ce qui peut varier avec chaque parturiente. D'autres, avec Frey, ont pensé que pour que l'épreuve du travail soit complète elle doit comprendre quelques contractions utérines, comme dans le travail de l'accouchement normal. En réalité, comme l'a écrit Brouha, « ce sont les qualités obstétricales, l'expérience clinique, la perspicacité de l'accoucheur et l'endurance de la parturiente qui décideront du sort de l'épreuve du travail.

Quant au résultat immédiat de l'épreuve du travail, deux éventualités se présenteront à nous :

1° ou bien la tête fœtale aura tendance à s'engager et se fixer, et alors nous aurons de fortes chances de voir l'accouchement se terminer naturellement : l'épreuve du travail sera dite alors positive;

2° ou bien la présentation ne s'engage pas et la dilatation reste stationnaire ou nulle, et l'épreuve du travail est négative; on devra alors passer par voie haute.

Mais, quoi qu'il en soit, il faudra, au cours de l'épreuve du travail, surveiller attentivement la température et le pouls de la femme, car nous risquons de voir apparaître de l'infection amniotique, et il faudra que l'accoucheur soit toujours prêt à parer à cette éventualité. En effet, pour juger d'une épreuve du travail, il faut que les membranes soient rompues (soit spontanément, soit artificiellement), c'est dire que ce sont les risques d'infection amniotique qui sont les plus grands à courir.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître l'infection amniotique au cours de l'épreuve du travail et encore moins d'en apprécier le degré. Il faudra avant tout tenir compte

du pouls, de la température, de l'état général, de l'aspect et de l'odeur du liquide amniotique. Mais reste à savoir à partir de quel moment nous estimons qu'il y a infection amniotique. Nous savons que ce qui conditionne l'apparition de l'infection c'est la durée du travail.

Risacher (thèse Paris, 1928), a trouvé le liquide amniotique stérile dans tous les cas où il n'y avait pas de signe de travail. Ceci serait dû à la barrière opposée aux germes par le bouchon muqueux qui obstrue l'orifice du col, et qui disparaît au moment de l'effacement. La rupture ou l'intégrité des membranes au cours du travail joue-t-elle un rôle primordial dans l'apparition de l'infection ? Il semble que les avis soient partagés. Expérimentalement, Gaspardi a démontré qu'il pouvait y avoir infection amniotique avec intégrité des membranes. Cliniquement, il ne semble pas que l'on puisse retenir cette hypothèse. Pourtant, Groll, dans sa thèse de Lyon 1938, arrive à conclure qu'il ne semble pas y avoir plus de risque d'infection ou de morbidité dans les suites opératoires les membranes étant rompues avant l'hystérotomie que celles-ci restant intactes.

En conclusion, nous estimerons qu'il y a début d'infection amniotique à partir du moment où la température monte progressivement d'heure en heure, quand le pouls s'accélère parallèlement à la température, quand l'examen du liquide amniotique nous apparaîtra louche ou jaune verdâtre. La fétidité du liquide nous semble aussi un bon signe de début d'infection, car Kronig la signale dans 19 cas sur 21 de fièvre de travail et Hum dans 40 % des cas.

Ainsi donc nous nous trouvons en présence de femmes chez lesquelles l'épreuve du travail s'est avérée négative, c'est-à-dire dilatation qui ne se complète pas, manque de descente de la présentation et qui commence à présenter les premiers symptômes d'infection amniotique (température qui monte au-dessus de 37°8, pouls accéléré, 100, 120, liquide amniotique louche).

Nous allons examiner dans les chapitres suivants les différentes interventions que nous avons à notre disposition.

## CHAPITRE II

## LES PROCEDES QUI ONT ETE PRECONISES DEPUIS 1925

L'infection amniotique apparaissant au cours de l'épreuve du travail, nous sommes obligés d'intervenir pour vider l'utérus le plus rapidement possible en essayant de faire courir le moins de risque possible et à la mère et au fœtus.

Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord, mais il n'en est plus de même quant à la méthode à employer.

Divers procédés se sont proposé d'atteindre ce résultat. Nous les envisagerons successivement au cours de ce chapitre en établissant pour chacun d'eux les résultats maternels et les résultats fœtaux.

Nous ne ferons que mentionner les interventions par voie basse, puisque, par définition, nous n'envisageons que les cas où l'épreuve du travail est négative, c'est-à-dire des cas où le plus souvent la dilatation ne se fait pas ou se fait mal. Il nous semble d'ailleurs que si on voulait trop insister dans ce sens-là, soit par dilatation artificielle, incision du col, ce serait faire courir trop de risques et à la mère et à l'enfant.

Ainsi donc, puisque ces procédés s'avèrent difficiles et dangereux, il était logique de s'adresser à la voie haute pour vider l'utérus.

### 1° La césarienne haute.

Si elle donne de bons résultats dans les cas purs, dans les cas impurs que nous envisageons elle ne donne rien de bon, et cela malgré les différentes techniques visant à protéger le péritoine. Il semble, à priori, qu'il faille la rejeter, car

les risques d'infection tant primaires que secondaires, du fait de l'épanchement du liquide infecté dans la cavité péritonéale, sont trop grands pour la mère. Couvelaire a dit, à propos de quelques résultats heureux dus à cette opération : « on joue la vie de la femme sur un coup de dé ».

### 2° Extériorisation de la cicatrice sur le corps.

Cette intervention a été mise en œuvre pour essayer de rendre à la césarienne haute une partie de sa valeur dans les cas impurs.

Kouwer, en 1921, explique le procédé et essaye d'en justifier l'application. C'est, dit-il, la méthode extrapéritonéale applicable à tous les cas. Suturer la séreuse de la matrice par deux rangées de sutures courantes au péritoine pariétal, inciser l'utérus, suturer ou non la plaie utérine selon les conditions de drainage. Libération de la matrice quelques mois plus tard par laparotomie. Résection et plastie utérine dans les cas de fistule utérine. L'auteur a eu, sur 5 opérées, 5 enfants vivants et 5 guérisons maternelles.

Mais, dans cette intervention, les inconvénients sont :

1° Elle se fait en deux temps;

2° Une hystérectomie secondaire serait difficile et dangereuse au voisinage d'une plaie déjà infectée;

3° Elle donne lieu à des adhérences qui pourront fortement grever l'avenir gynécologique des opérées.

### 3° Extériorisation de l'utérus ou opération de Portes.

Portes décrivit cette opération en 1924 afin, disait-il, d'extraire, quel que soit le degré de dilatation du col, un enfant vivant en mettant la cavité péritonéale à l'abri de l'infection.

A Bordeaux, cette opération n'est guère pratiquée. Elle a été bien étudiée par Sureau (thèse Paris, 1928).

La technique consiste dans, le premier temps : extériorisation de l'utérus et fermeture de l'abdomen derrière lui. Hys-

térotomie. Extraction fœtale et placentaire. Fermeture de l'utérus.

Deuxième temps : réintégration de l'utérus dans l'abdomen quand tout risque d'infection a disparu ou hystérectomie si l'infection persiste.

Les résultats en sont variables, et si nous nous rapportons à ceux publiés par Portes et Sureau, nous enregistrons 12 ou 13 % de mortalité.

Bazian et Ramos parlent de leur côté de 20% de mortalité.

Les résultats, comme on peut s'en rendre compte, ne sont guère encourageants.

Enfin, et c'est peut-être là le seul reproche que l'on peut adresser à l'opération de Portes, c'est une opération en deux temps, et il faut malgré tout compter avec les risques opératoires que l'on fait courir à deux reprises à la malade.

En conclusion, il semble qu'il faille la réserver à des cas profondément infectés. Elle est alors l'intermédiaire entre la césarienne et l'hystérectomie, mais n'en demeure pas moins l'opération d'exception.

## CHAPITRE III

Nous en arrivons à voir que la césarienne basse dans les cas impurs peut nous donner des résultats aussi bons ou meilleurs que ceux des interventions décrites dans le chapitre précédent.

Nous parlerons rapidement des diverses techniques de césarienne basse employées pour conclure par la technique appliquée par l'école bordelaise, dont nous voudrions donner les résultats concernant les dix dernières années dans les cas où l'infection amniotique est déjà apparue.

Nous pouvons grouper ces procédés en deux catégories :

— extrapéritonéaux;
— transpéritonéaux.

Certains procédés extrapéritonéaux furent décrits par Sellheim et Doderlein, mais nous ne parlerons que de la méthode de Michon dite extrapéritonéale par artifice.

Théoriquement, cette césarienne serait plus logique que la transpéritonéale du fait qu'elle laisse l'impression de réaliser l'isolement de la cavité péritonéale et par conséquent de mettre à l'abri de la péritonite primitive due à la souillure du péritoine lors de l'ouverture de la cavité amniotique.

On incise le péritoine vésico-utérin transversalement au point d'union avec la vessie, dissection du lambeau péritonéal sans s'occuper du lambeau vésical. Le lambeau ainsi détaché forme un tablier inextensible. On tombe alors sur le segment inférieur. On suture en bourse. Dans les cas infec-

tés, on remplit de gaze la zone où on a fait l'hystérotomie. Ainsi est réalisé un véritable Mikulicz extrapéritonéal.

Cette technique, encore employée par certains auteurs, et en particulier par Ramos et Perralta, qui en donnent la description dans la *Revue de gynécologie et d'obstétrique* de février 1936, semble leur avoir donné d'assez bons résultats puisque leur statistique sur 13 cas douteux et 6 infectés donne une mortalité maternelle et fœtale nulle.

Cependant, elle ne nous paraît pas sans inconvénient, car, outre qu'elle est plus longue à réaliser que la méthode transpéritonéale, elle fait courir le risque d'une déchirure du péritoine, soit au cours du décollement, soit au cours de l'extraction du fœtus. La vessie elle-même peut être lésée. Enfin, souvent on voit apparaître des hémorragies liées à la lésion du plexus vésico-vaginal.

Il semble donc que, pour ces raisons, quels qu'en soient les avantages possibles, la plupart des auteurs aient renoncé à son application pour se rallier aux procédés transpéritonéaux purs dont nous allons parler maintenant.

## CHAPITRE IV

## LA CESARIENNE BASSE CLASSIQUE DANS LES CAS INFECTES

Quelles que soient les variantes qu'on ait essayé d'y apporter, certains auteurs, et c'est le cas de l'école bordelaise, se contentent de faire la césarienne basse suprasymphysaire classique dans les cas d'infection amniotique.

Toutefois, ils insistent sur trois points qui semblent primordiaux dans la conduite et le pronostic de l'intervention :

1° Protection soigneuse du péritoine;

2° Aspiration du liquide amniotique;

3° Changement de gants et d'instruments à partir du moment où on referme le péritoine.

Cette technique opératoire a été décrite par le Professeur Andérodias dans son article de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 15 avril 1928. Il recommande la fermeture hermétique de tout le champ opératoire à l'aide de compresses péritonéales. Puis incision transversale du péritoine utérin à 1 ou 2 travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, incision s'étendant d'un bord à l'autre de l'utérus. La lame inférieure est alors refoulée en bas avec la vessie, et on charge sur la valve pubienne. On opère de même pour la lame supérieure. On se trouve alors en présence d'un segment inférieur largement dégagé que l'on incise longitudinalement, incision qui sera assez grande pour éviter toute déchirure au moment de l'extraction assez rapide. Dès que l'œuf lui-même est incisé, on pratique l'aspiration

électrique du liquide amniotique (technique que le Professeur Andérodias a été le premier à préconiser) et on évite ainsi, dans le cas d'infection du liquide, la contamination possible de la grande cavité par son épanchement.

La suture du muscle utérin se fait au catgut en deux plans. Le premier à points séparés, le deuxième avec un surjet. On évitera que les points ne soient perforants. Mais le temps le plus important est celui de la fermeture du péritoine. Elle se fait en accolant les lambeaux en redingote, ce qui constituera une barrière efficace contre les risques d'infection secondaire.

La fermeture de la paroi se fait en deux plans séparés. Cependant, le Professeur agrégé Mahon a montré (*Gynécologie et obstétrique*, 1933), qu'il était avantageux, dans les cas impurs, de refermer la paroi en un plan au fil de bronze. Cette suture aurait l'avantage d'éviter, dans les suites opératoires, la suppuration de la paroi, si fréquente chez les femmes césariées, et par conséquent réduirait de ce fait la morbidité qui serait, d'après Mirassou (thèse Bordeaux, 1933), de 25 %.

D'autres modes opératoires ont été mis en œuvre par divers auteurs dans le but de mieux adapter encore l'indication de la césarienne basse aux cas impurs. Nous en dirons quelques mots pour mettre en lumière les efforts qui ont été faits dans ce sens-là durant ces dix dernières années.

### Procédé de Bonnau, Franc, etc.

Ces auteurs recommandent l'isolement du segment inférieur par suture temporaire du péritoine pariétal au péritoine viscéral, puis, à la fin de l'intervention, la disposition anatomique est rétablie par suture d'adossement.

### Opération de Jeannin.

Réalisée par le Professeur Jeannin en 1925 à l'Hôpital de la Pitié, à Paris, étudiée par Merger dans la *Revue de gyné-*

*cologie et d'obstétrique* de 1933, elle a pour but l'exclusion du segment inférieur avant l'hystérectomie en suturant le péritoine pariétal au péritoine viscéral, cette exclusion étant maintenue après la fermeture de l'utérus et mise en place d'un Mikulicz pour drainer.

Le Docteur Jacques Courtois, dans la *Revue de gynécologie et d'obstétrique* de 1929, fixe quelques points concernant la technique de la césarienne suprasymphysaire dans les cas infectés. D'après cet auteur, on se trouverait bien d'un traitement préventif médical du choc opératoire; il recommande l'administration de septazine *per os* avant et après l'opération et rapporte un cas de péritonite puerpérale qui aurait guéri par ce procédé, associé à un drainage. Mais il s'attache surtout aux précautions entourant l'intervention :

1° Protéger la paroi;

2° Pas de liquide dans l'abdomen;

3° S'assurer de la rupture de la poche des eaux avant l'incision, car cette condition permettra de contrôler l'hémorragie et évitera de voir les liquides septiques et le sang filer jusque sous le diaphragme.

Après fermeture classique de l'utérus, drainage et isolement des points suspects.

Cet auteur place un drain en caoutchouc rétrovésical engagé dans le vagin. Ce drain restant en place permettra le drainage de l'espace cellulaire et l'injection *in loco* de soluseptazine.

Mise en place d'un Mikulicz tout autour et en avant de la redingote péritonéale.

---

## CHAPITRE V

Nous dirons maintenant quelques mots sur les avantages et les inconvénients de la césarienne basse, en particulier dans son application aux cas impurs. Pour cela, nous nous référerons à l'article publié par M. le Professeur Andérodias et M. Péry dans la *Revue de gynécologie et d'obstétrique* de janvier 1939. Nous citerons donc parmi les avantages de cette opération : l'incision abdominale siégeant sur le segment inférieur dépourvu de fibres contractiles, ce qui aura pour résultat de ne plus faire craindre les tiraillements et les désunions se produisant dans la césarienne corporéale.

L'emploi de la rachianesthésie a fortement diminué les risques d'hémorragie et on peut même parfois opérer sur des utérus parfaitement exangues.

La suture en deux plans, la première aux points séparés, la deuxième recouvrante et en surjet, permet d'obtenir une bonne cicatrice, d'autant que l'on sait que la suture utérine sur le segment inférieur est toujours solide.

Les précautions d'usage dans les cas infectés étant soigneusement observées, la suture en redingote du péritoine isole bien la plaie de la grande cavité péritonéale. La fixation de la vessie en avant de la cicatrice constitue une troisième barrière. De plus, le cul-de-sac vésico-utérin ne contenant pas d'anses grêles, la contamination de la plaie sera moins grande.

Le péritoine pelvien se défend mieux que le grand péritoine et a une tendance à localiser l'infection.

Enfin, le choc opératoire est minime, ce qui en fait une intervention bien supportée, même par des malades affaiblies.

Cependant, à côté de ces avantages, nous devons noter certains inconvénients :

Plus difficile peut-être que la césarienne corporéale.

La proximité des plexus veineux joue un rôle dans la morbidité des suites de couches, en particulier dans l'apparition de phlébites : 25 % d'après Jeannin; 9 % dans la statistique de M. Andérodias.

Enfin, l'opération étant transpéritonéale, malgré toutes les précautions opératoires, l'infection du péritoine reste toujours possible dans les cas infectés.

## CHAPITRE VI

## LES RESULTATS DE LA CESARIENNE BASSE DANS LES CAS D'INFECTION AMNIOTIQUE

La césarienne basse suprasymphysaire conservatrice a été très longtemps décriée dans son application aux cas impurs, et maints auteurs recommandaient dans ces cas une césarienne basse suivie d'hystérectomie. Pourtant, dès 1925, Schickele écrivait : « Nous opérons malgré l'infection manifeste, frissons, fièvre, manœuvres opératoires préalables, écoulement fétide; l'hystérectomie a presque disparu. » Comme on le voit, les points de vue se sont longtemps affrontés.

Nous nous contenterons d'examiner les statistiques données par les différents auteurs, et nous apporterons enfin nos résultats personnels.

Brindeau, en 1927, publie 135 cas de césariennes basses (cas impurs) avec une mortalité de 1,55 %.

Winter, en 1927, publie 114 cas avec 25 % de mortalité dans les cas fébriles;

La statistique de la clinique Baudelocque de 1925 à 1930 donne 206 césariennes basses avec 5 % de mortalité.

Le Professeur Andérodias, en 1930, publie 60 observations de cas impurs (38°-39°); pas de décès.

Bereni, dans sa thèse de Bordeaux 1936, donne les résultats suivants : sur 80 observations de césariennes basses pratiquées au cours d'infection amniotique, il trouve :

mortalité maternelle, 5,8 %;
morbidité maternelle, 18,7 %;
mortalité fœtale, 7 %.

Digonnet, en 1939 (*Gynécologie et obstétrique*), publie 299 observations avec, pour expliquer sa statistique :

mortalité maternelle, 4,68 %;
morbidité maternelle, 20,75 %;
mortalité infantile, 3 %.

Mais cet auteur ajoute que si les risques de la césarienne basse dans les cas impurs sont grands, ils peuvent être diminués, car le nombre des morts par hémorragie peut être abaissé.

Trillat donnait en 1932 une mortalité de 7,2 %; Vorau et Brochier, en 1937, accusent une mortalité de 2,3 %, soit 3 morts sur 130 cas, avec une morbidité de 36,2 % dans les cas suspects.

A la Maternité de Pellegrin, le Professeur Péry publie la statistique suivante dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (août 1942), 316 césariennes basses :

mortalité maternelle, 3,7 %;
mortalité fœtale, 4,74 %.

En 1939, Merger, dans *Gynécologie et obstétrique*, parle de 104 observations de césariennes tardives, c'est-à-dire après épreuve du travail, dont voici les résultats, suivant les techniques employées :

92 césariennes segmentaires classiques : 2 morts, une par choc opératoire, une par infection;
2 césariennes segmentaires classiques avec Mikulicz : 0 mort;
8 césariennes segmentaires avec exclusion du segment inférieur et Mikulicz : 0 mort;
2 césariennes corporéales avec extériorisation utérus : 0 mort.

Soit, au total :

mortalité maternelle, 2 %;
morbidité maternelle, très faible;
mortalité fœtale, 2,7 %.

En 1938, Courtois, dans la *Revue de gynécologie et d'obstétrique*, enregistre 2 cas mortels sur 13 observations de césariennes basses sur des femmes cliniquement plus ou moins infectées (température au-dessus de 38° et pouls au-dessus de 110), soit 15,3 % de mortalité.

Cohin (thèse Paris, 1937) indique à la Clinique Baudelocque :

— césariennes basses en travail membranes intactes, 3,07 % de mortalité;

— césariennes basses en travail membranes rompues depuis douze heures, 1,58 % de mortalité. Au-delà de cette limite, 16 %, et rupture de plus de 24 heures, 33 % de mortalité.

Bosden (*The british medical Journal*, 22 févr. 1936) note une série de 45 césariennes basses suprasymphysaires dans des cas infectés ou potentiellement infectés sans mortalité maternelle ni fœtale.

## CHAPITRE VII

# LES RESULTATS DE LA CESARIENNE BASSE APRES EPREUVE DU TRAVAIL ET DEBUT D'INFECTION AMNIOTIQUE A BORDEAUX DE 1932 A 1942

---

### A. — Avant l'ère de la sulfamidothérapie.

*A Boursier*, il a été pratiqué 22 opérations césariennes après épreuve du travail et début d'infection amniotique.

Nous avons trouvé :

mortalité maternelle, 2, soit 8 %;
morbidité maternelle, 20 %;
mortalité fœtale, 1, soit 5 %.

Les morts maternelles sont dues l'une et l'autre à une infection puerpérale à forme septicémique à strepto, hémolytique survenue au deuxième jour après l'opération; cependant nous devons noter que ces femmes ne sont arrivées à la clinique Boursier que vingt-quatre heures après rupture des membranes, et, au moins dans un des cas, la malade présentait un assez mauvais état général.

La morbidité maternelle est due aux causes suivantes :

2 abcès de paroi;

1 phlébite;

1 femme qui a présenté dans les suites opératoires des douleurs à type de cystite et chez laquelle, quelques mois après la césarienne, on a pratiqué une appendicectomie;

1 phéno pulmonaire.

*A Pellegrin*, nous avons pu relever 17 observations dont voici les résultats :

mortalité maternelle, 1 mort, soit 5,7 %;
morbidité maternelle, 30 %;
mortalité fœtale, nulle.

La mort maternelle est due à une péritonite qui s'est déclarée le septième jour après l'intervention.

Les accidents des suites de couches sont les suivants :

3 phlébites;
2 lymphangites mammaires;
1 hématome du cul-de-sac vaginal droit;
1 abcès de la paroi.

Les résultats d'ensemble sont donc pour Bordeaux : 40 cas impurs opérés par césarienne basse avec :

mortalité maternelle, 7 %;
morbidité maternelle, 26 %;
mortalité fœtale, 2,5 %.

### B. — Depuis 1940.

Depuis 1940 environ, on associe au traitement de l'infection amniotique par césarienne basse la sulfamidothérapie locale et par voie buccale. La sulfamidothérapie locale consistera à vaporiser largement avec un sulfamide poudre la cavité utérine vidée de son contenu. On saupoudre de la même façon les divers plans de suture et plus particulièrement les sutures péritonéales.

On y associe parfois *per os*, soit la sulfamidothérapie préventive pendant tout le temps que dure l'épreuve du travail, soit la sulfamidothérapie curative, si l'infection amniotique se manifeste déjà. Toujours sulfamidothérapie postopératoire à dose moyenne (4 à 6 g. par 24 heures).

Il nous a été donné de relever dans les deux maternités de Bordeaux 8 observations d'infection amniotique traitées par césarienne et sulfamidothérapie. Nous avons trouvé :

mortalité maternelle, nulle;
mortalité fœtale, nulle.

Le Professeur agrégé Mahon, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 15 janvier 1942, cite un exemple frappant de césarienne basse conservatrice, à laquelle on a adjoint la sulfamidothérapie locale dans un cas d'infection amniotique sévère.

Les suites furent absolument apyrétiques.

## CHAPITRE VIII

## OBSERVATIONS

### Observation I (5 janvier 1932).

Mme M..., 18 ans, I-pare.

La malade est envoyée dans le service au début de son travail présentant un bassin légèrement rétréci.

Le 4 janvier, à 16 h. 30, rupture de la poche des eaux. Température, 36°9. Dilatation, 50 cm. Promontoire accessible loin.

Le 5, à 15 heures, température à 38°8; dilatation, petite palmaire.

A 21 heures, température à 38°8. Tête non engagée.

Césarienne basse (rachi syncaïne, 0,10).

Opération typique.

Enfant vivant, 4 kilos.

*Suites :* Pas de température. La malade sort guérie le 25 janvier.

### Observation II (19 février 1932).

Mme B..., 34 ans, I-pare.

Entre dans le service le 18 février, à 18 heures. Bassin légèrement rétréci. Promontoire à 11 cm.

Le travail se déclenche à minuit. Rupture spontanée précoce des membranes à 4 heures du matin le 19.

A 20 heures, température à 38°5. La dilatation n'avance pas, entre 2 et 5 francs. Intervention le 19, à 22 heures. Température, 38°5.

Durée de l'épreuve du travail, 28 heures.

Césarienne basse classique sous rachi-anesthésie.

Enfant vivant, 3 kg. 200.

*Suites :* Normales. Pas de température. La malade sort guérie le 12 mars.

Observation III (1er septembre 1933).

Mme M..., 21 ans, I-pare.

Malade à bassin limité, pour laquelle on décide une épreuve du travail.

Début du travail, 1er septembre, à minuit.

Rupture spontanée précoce des membranes à 6 h. 30. Dilatation de 2 francs. A 16 heures, dilatation complète. La tête reste élevée, mobile, au-dessus du plan du détroit supérieur. Température normale jusque-là.

Brusquement, la température s'élève pour atteindre 38°8 au moment de l'intervention.

A 16 h. 30, l'épreuve du travail ayant duré 16 heures, césarienne basse typique.

Enfant en mauvais état général mourant au bout de 36 heures.

*Suites :* Normales. La température redevient normale le troisième jour après l'intervention. La malade sort le 21 septembre 1933.

Observation IV (15 octobre 1933).

Mme R..., 21 ans, I-pare.

Malade à bassin rétréci. Début du travail chez elle le 14, à 22 heures. Rupture précoce de la poche des eaux à 23 heures. A minuit, dilatation complète. La tête reste bloquée au détroit supérieur.

La malade arrive à Boursier le 16, à 4 heures. Température, 38°.

Durée de l'épreuve du travail, 26 heures.

Césarienne basse typique (syncaïne, 0,08). Opération exsangue.

Enfant vivant de 2 kg. 750.

*Suites :* Le 17, 16 heures après l'intervention, frissons. Température, 40°8. Hémoculture négative.

Le 18, à 0 h. 15, nouveau frisson. Température, 41°4. A 16 heures, nouveau frisson. Température, 39°9. Etat général assez bon. Aucun signe de réaction péritonéale. Injection de 100 cm³ de sérum antistrepto de Vincent. A 17 heures, hémoculture positive au strepto.

Abcès de fixation le 18. Réchauffé le 20.

Le 20, la situation empire : pouls, 130; polypnée.

Du 20 au 21, nouvelle détente. On continue le sérum antistrepto. Le 21 au soir, température, 41°8; pouls, 140. L'état général décline, selles diarrhéiques.

A partir du 22, l'abcès de fixation paraît en régression, ballonnement abdominal.

Le 23, sérum intraveineux.

Le 25, frisson. La malade est emportée mourante à son domicile.

Observation V (23 novembre 1933).

Mme M..., 36 ans, I-pare.

Bassin rétréci. Entre dans le service le 22 novembre, à 17 heures. La malade avait perdu les eaux le 22 novembre avant tout début de travail.

Pas de contractions jusqu'au 23 novembre, 12 heures. La température est alors à 38°1. L'utérus reste dur et tendu. On constate l'issue de méconium. La température s'élève à 38°9 dans les heures qui suivent. Les bruits du cœur du fœtus deviennent irréguliers.

A 22 heures, on décide l'intervention malgré les mauvaises conditions où se trouve la malade.

Césarienne basse typique sous rachi.

Extraction d'un enfant vivant de 2 kg. 600.

Lavage de la cavité utérine à l'éther. Sutures.

*Suites :* Normales. Bronchite au quinzième jour.

Observation VI (24 novembre 1934).

Mme B..., 26 ans, I-pare.

Bassin légèrement rétréci. Promontoire accessible loin. Début du travail le 24 novembre, à 5 heures. Rupture prématurée de la poche des eaux à 7 heures. Le travail progresse normalement. Dilatation complète à 20 heures.

On attend quelques heures, mais la température monte : 38°6; le pouls est à 120.

Durée de l'épreuve du travail : 18 heures.

Césarienne basse typique sous rachi syncaïne, 0,10.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 400 facilement ranimé. Fermeture en trois plans.

*Suites :* Le 4 décembre, légère endométrite. Le 19, phlébite. La malade sort parfaitement remise de la clinique.

Observation VII (28 août 1935).

Mme B..., 29 ans, IV-pare : premier enfant, mort; deuxième et troisième enfants, forceps.

Bassin rétréci à promontoire loin. La malade perd les eaux prématurément le 26, à 17 h. 30. Début du travail le 27, à 19 heures. Dilatation très lente, qui arrive à 1 franc le 28, à 9 heures. La température s'élève et atteint 38°9 au moment de l'intervention. Col dur œdématié.

Intervention à 10 h. 30. Durée de l'épreuve du travail, 15 h. 30.

Césarienne basse typique sous rachi-anesthésie.

On nettoie la cavité utérine à l'éther.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 250 facilement ranimé.

*Suites :* Normales. La malade sort le 14 septembre.

Observation VIII (17 octobre 1935).

Mlle R..., 16 ans, I-pare.

Malade présentant une albuminurie notable à son entrée dans le service. Malgré les conseils qui lui ont été donnés, la malade n'a jamais voulu suivre de régime.

Début du travail le 16 octobre à 22 heures. Poche des eaux rompue le 17, à 5 heures. Le travail dure depuis 31 heures. On trouve un col très œdémacié, dilaté comme 1 franc. Température, 38°8. Grosse quantité d'albumine. Tension artérielle : Mx, 25; Mn, 11.

Devant la durée du travail, l'infection amniotique et l'état pré-éclamptique, on décide de passer par voie haute.

Césarienne basse typique sous rachi syncaïne, 0,10.

On extrait un enfant de 3 kg. 450 vite ranimé.

*Suites :* Sans incident ni température. La malade sort guérie le 4 novembre 1935. Son albumine est tombée à 0,50.

Observation IX (6 août 1936).

Mme D..., 38 ans, I-pare.

Il s'agit d'une primipare âgée ayant présenté une rigidité du col.

La malade entre dans le service le 6 août, à 4 heures du matin. La poche des eaux se rompt à 5 heures. La dilatation n'avance pas. On attend encore, mais à 16 heures, la température atteignant 39°2, on décide de passer par voie haute. Césarienne basse typique sous rachi syncaïne, 0,10.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 500.

*Suites :* Aucun incident. La malade sort le 31 août 1936.

Observation X (5 avril 1935).

Mme D..., 35 ans, I-pare.

Bassin légèrement rétréci. Début du travail le 3 avril, à 10 heures. Entre dans le service le 4 avril, à 10 h. 30. Dilatation, 5 cm. Aucune douleur. Rupture de la poche des eaux à 12 heures. Dilatation, 1 franc.

La dilatation progresse lentement : 2 francs, à 21 heures. Le 5, à 1 heure du matin, dilatation stationnaire; à 9 heures, petite palmaire. Tête toujours élevée. La température monte à 38°5. La femme étant en travail depuis 50 heures, on décide de passer par voie haute.

A 11 heures, césarienne basse sous rachi syncaïne, 0,10.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 500 baignant dans le méconium.

*Suites :* Aucun incident dans les suites opératoires. La malade sort guérie le 1er mai 1937.

Observation XI (12 juin 1938).

Mme J..., 35 ans, I-pare.

Primipare âgée, sensiblement à terme. La poche des eaux se rompt prématurément le 10 juin, à 10 heures. Début du travail, 24 heures après. La dilatation progresse très lentement puisqu'elle n'atteint que 2 francs au bout de 24 heures, cependant que se

développe rapidement de l'infection amniotique. La température atteint 39°2 le 12 juin, à 15 h. 30. Très mauvais état général. Bouche sèche et excitation mentale.

Durée de l'épreuve du travail, 27 heures.

Césarienne basse sous anesthésie générale à l'éther.

Intervention assez sanglante; cependant, l'utérus se rétracte bien après suture.

Enfant vivant de 3 kilos.

*Suites :* Un syndrome péritonéal se développe le lendemain et le surlendemain de l'intervention (pouls petit, rapide, ventre ballonné, sensible, vomissements, hoquets).

On donne du rubiazol pendant deux jours.

Septicémie. Petit lavement hypertonique. Le ballonnement augmente. Le facies se grippe, les extrémités se refroidissent, le pouls s'accélère, la malade succombe le cinquième jour.

Observation XII (28 juin 1938).

Mme C..., 25 ans, I-pare.

Bassin rétréci dont les diamètres sont de 10 cm. 3/4 dans toutes les dimensions. Début du travail le 24 juin à 6 heures. Après une rupture prématurée des membranes, le 22 juin, à 15 h. 30, liquide teinté de méconium.

Le travail progresse très lentement. La dilatation atteignant 5 francs à 24 heures. Le deuxième jour du travail, l'infection amniotique s'installe. La température, s'élevant à 38°5, on décide d'intervenir. Durée de l'épreuve du travail, 24 heures.

Césarienne suprasymphisaire sous rachi syncaïne, 0,10. Enfant vivant de 3 kg. 200.

*Suites :* Aucun incident postopératoire. La femme sort guérie le 20 juillet.

Observation XIII (4 février 1939).

Mme B..., III-pare.

Amenée dans le service le 3 février pour anomalie de dilatation. Début du travail le 3 février à 1 heure. Rupture de la poche des

eaux à 3 heures. La dilatation progresse jusqu'à 5 heures, puis s'arrête.

A son entrée, dilatation de 5 francs, mais dureté ligneuse du col, qui remonte jusqu'au segment inférieur. Malgré des douleurs fortes et régulières, le travail n'avance pas et l'infection amniotique s'installe, la température montant à 38°5; pouls à 110. On essaye alors de faire une dilatation artificielle, mais qui n'amène pas de résultats notables.

Durée de l'épreuve du travail, 18 heures.

Césarienne basse typique sans incident, sinon que le segment inférieur est scléreux, ne se laisse pas distendre et se déchire à l'extraction fœtale. Liquide amniotique très fétide.

Enfant vivant de 2 kg. 900.

*Suites :* Abcès de la paroi le quatrième jour. La malade sort guérie le 5 mars.

Observation XIV (7 mai 1939).

Mme J. B..., 41 ans, III-pare.

Bassin légèrement rétréci, ayant accouché une première fois d'un enfant petit sans doute (forceps), d'un deuxième enfant mort au cours d'une extraction du siège.

Le 4 mai, à terme, la femme a quelques douleurs assez fortes mais espacées. On essaye de déclencher le travail pour permettre un accouchement spontané, l'enfant n'étant pas trop gros. Mais le rythme et l'intensité des douleurs restent espacés malgré des injections d'hypophyse.

Le 7 mai, la malade perd les eaux. Liquide amniotique teinté de méconium. Dans les heures qui suivent, l'infection amniotique s'installe. La température atteint 38°6; pouls à 120.

Césarienne suprasymphisaire typique sous rachi-anesthésie. Aucun incident.

Enfant vivant de 3 kilos.

*Suites :* Aucun incident postopératoire à signaler. La malade sort guérie le 27 mai.

Observation XV (31 mars 1939).

Mme I..., 23 ans, I-pare.

La femme entre dans le service le 31 mars, à 9 h. 30. Bassin légèrement rétréci. On décide une épreuve de travail.

Le début du travail remonte au 31 mars, à 3 heures. A 16 heures, la dilatation est à grande palmaire, mais la tête reste fixée au détroit supérieur. Rupture artificielle de la poche des eaux. Il s'écoule un liquide fortement teinté de méconium. Malgré de bonnes douleurs, la dilatation, au lieu de se compléter, revient sur elle-même. A 21 heures, dilatation stationnaire, petite palmaire. Début d'infection amniotique. Température, 38°5; pouls, 120.

Durée de l'épreuve du travail, 18 heures.

Césarienne basse sous rachi syncaïne, 0,10. Aucun incident. Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 200.

*Suites :* Aucun incident postopératoire. La malade sort en bon état le 22 avril.

Observation XVI (16 avril 1939).

Mme G. S..., 26 ans, III-pare.

La femme entre en travail à terme le 2 avril, à 1 heure. Perd les eaux 5 heures après. Dilatation de 5 francs.

Elle était déjà dans le service depuis 48 heures, parce qu'on lui avait trouvé un sol largement déhiscent. La malade présente dans la matinée du 2 avril de l'hypertonie (durant la grossesse précédente, il y avait eu une forte hypertonie qui avait amené la mort du fœtus *in utero*). Pendant ce temps, la dilatation progresse peu et n'atteint que 5 francs à 15 h. 30. Brusquement s'installe de l'infection amniotique, la température étant à 38°7, le pouls 100. On administre, à 16 h. 30, 4 comprimés de rubiazol. La tête restant élevée, la dilatation ne progressant pas, la température montant à 39, on décide de passer par voie haute.

Durée de l'épreuve du travail, 14 heures.

Césarienne basse assez sanglante. Injection d'hypophyse dans le muscle utérin avant l'hystérectomie. On draine par un gros drain dans le Douglas.

Enfant vivant de 3 kg. 400.

*Suites :* Abcès de la paroi au troisième jour. La température redevient normale le septième jour après l'intervention. La malade sort guérie le 28 avril.

Observation XVII (27 avril 1939).

Mme Ch..., 26 ans, II-pare.

Césarisée pour sa première grossesse en raison d'un rétrécissement pelvien et après épreuve du travail (promontoire à 10 cm. 5).

Pour la grossesse actuelle, rupture prématurée des membranes à 8 mois de gestation le 26 avril au matin. Le travail se déclenche le lendemain. Il semble que le fœtus puisse passer à travers ce bassin modérément rétréci. On décide l'épreuve du travail, mais 9 heures après le début l'infection amniotique s'installe. Température, 38°9; pouls, 120. La tête reste élevée, le col mal effacé, ouvert comme 2 francs. Liquide amniotique fétide.

Césarienne basse relativement facile; drain dans le Douglas; frisson au moment du réveil. Température, 39°7. On fait du rubiazol intramusculaire, plus sérum et glace.

Enfant vivant de 3 kilos.

*Suites :* Le 1er mai, la température reste élevée; hémoculture positive au coli.

On fait un abcès de fixation. Le 3 mai, septicémine. Le 6 mai, hémoculture positive au coli et au strepto. Le 7, transéat à Tastet-Girard, où la malade est décédée.

Observation XVIII (20 août 1940).

La malade entre dans le service pour anomalie de la dilatation. Le 16 août, on avait donné de la quinine pour déclencher le travail. Le 18 août, rupture de la poche des eaux. Le travail ne se déclenchant pas, le 19 on donne de la quinine, mais l'état du col ne se modifie pas sensiblement : col long, orifice interne formé. Début d'infection amniotique.

Le 20 au soir, l'infection amniotique tendant à augmenter (température, 38°7; pouls, 100), malgré l'administration de Dagénan, on décide de passer par voie haute.

Césarienne basse typique.

Enfant vivant de 3 kilos.

*Suites* immédiates excellentes. On donne 3 grammes de Dagénan par jour pendant 3 jours. Sortie le 23 septembre.

Observation XIX (26 janvier 1940).

Mme M..., 24 ans, I-pare.

La femme entre dans le service le 24 janvier. Bassin légèrement rétréci. Le travail avait débuté le 25 janvier, à 2 heures, mais ne se déclenche franchement que le 27 au matin. Brusquement, au bout de 12 heures de travail, et alors que paraissaient les premières douleurs, l'infection amniotique se déclare. Température 40°2. Liquide amniotique fétide. Les bruits fœtaux sont assourdis. Légère hypertonie. La tête reste haute au-dessus du détroit supérieur mal fléchie en gauche transverse.

Césarienne basse typique sous anesthésie générale. Drainage déclive 2 drains dans le cul-de-sac postérieur.

Enfant vivant de 3 kg. 200.

*Suites :* Avant intervention, on a donné 1 g. 50 de Dagénan par voie buccale.

Après l'intervention, Soludagénan sous-cutané, 3 g.

La température de la malade est redevenue normale par la suite. Sortie le 20 février 1941.

Observation XX (11 avril 1942).

Mme C..., 29 ans, I-pare.

Bassin rétréci. Promontoire accessible à 10 cm. 5. Un faux promontoire. Rupture de la poche des eaux le 10 avril à 16 heures. Début du travail le 11, à 7 heures. On décide de faire une épreuve du travail qui, à 21 heures, s'avère négative. La température atteint 39°1; le pouls, 110.

Césarienne basse typique sans incident. Poudrage de l'utérus à l'exoseptoplix, poudrage péritonéal.

Enfant vivant de 3 kilos.

*Suites :* Avant, on avait donné 3 g. de Dagénan par la bouche. Après, Soludagénan, 11 g. La température est revenue à la normale le cinquième jour et la malade sort guérie le 30 avril.

Observation XXI (16 août 1942).

Mme F..., 19 ans, I-pare.

La femme entre dans le service le 15 août, à 23 heures, présentant un bassin légèrement rétréci et canaliculé. On décide une épreuve du travail. Le 16 avril, à 10 heures, la poche des eaux se rompt spontanément, la dilatation de 2 francs. La dilatation progresse normalement jusqu'à grande palmaire et la température atteint 38°7 à 17 heures. La dilatation étant complète, on fait pousser la malade, mais la tête ne s'engage pas et seule une volumineuse poche sérosanguine bombe dans l'excavation.

Césarienne basse typique sans incident.

Enfant vivant de 3 kilos.

*Suites :* Dans les jours qui suivent, on donne 19 g. de Dagénan. La température revenant à la normale le onzième jour, la malade sort guérie le 16 septembre.

Observation XXII (22 juillet 1942).

Mme R..., 28 ans, I-pare.

Primipare ayant débuté son travail le 21 juillet à 13 h. 30. Tête élevée, bassin rétréci. On décide de faire une épreuve du travail qui dure 31 heures. Vers 23 h. 30, le 22, la dilatation étant à 5 francs, la température monte à 38°5, pouls à 120.

Césarienne basse. Poudrage des divers plans à l'exoseptoplix.

*Suites :* On donne 10 g. de Dagénan. La température revient à la normale le huitième jour. La malade sort guérie le 10 août.

**Maternité de Pellegrin.**

Observation I (16 août 1933).

Mme X..., 35 ans, III-pare.

Le travail débute le 14 août, à 2 heures, par la rupture des

membranes. La malade entre dans le service le même jour à 5 heures. Fœtus paraissant assez volumineux, tête très élevée. Le col est long et dur. Quelques contractions. Le 15 août, la situation est la même. Malgré 2 cg. de morphine et 1 de spasmalgine, le travail ne progresse pas. Température, 36°8. On décide d'attendre. Le 16, à 19 heures, la température s'élève à 37°5 et atteint bientôt 38°3. Les bruits du cœur se modifiant, on décide de passer par voie haute.

L'incision porte sur le muscle utérin, le segment inférieur n'étant pas constitué. Enfant de 3 kg. 800 couvert de méconium et dégageant une odeur fétide. Suture en un plan.

*Suites :* Normales. La malade sort guérie le 22 septembre.

Observation II (14 décembre 1934).

Mme X..., 24 ans, II-pare : première grossesse, basiotripsie.

A son entrée au service, la malade présente un bassin rétréci. Col non dilaté. Les membranes sont rompues depuis 24 heures. L'infection amniotique se déclare. Température, 39°. Bruits du cœur sourds et irréguliers. Tête au détroit supérieur.

Césarienne basse.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 600.

*Suites :* Phlébite gauche. La malade sort guérie le 4 février.

Observation III (28 août 1934).

Mme X..., I-pare, 20 ans.

Malade à bassin canaliculé. Le travail commence le 28 août à 9 heures. A 18 heures, dilatation de petite palmaire. Col souple mince. Tête bloquée au détroit supérieur. La poche des eaux se rompt. Le liquide amniotique est légèrement teinté de méconium. A 22 heures, le travail n'avançant pas, la température étant de 38°, on décide de passer par voie haute.

Durée de l'épreuve du travail, 13 heures.

Césarienne basse typique. Fermeture de la paroi en un plan.

**Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 350.**

*Suites :* Lymphangite mammaire. La malade sort guérie le 12 septembre.

Observation IV (23 juillet 1934).

Mme X..., I-pare, 19 ans.

Le travail débute le 22 juillet. Le 23, à 5 heures, la dilatation est à 5 francs. Tête non engagée. Rupture artificielle des membranes, la dilatation étant à 5 francs. A 9 heures, la dilatation ne progresse pas et l'utérus reprend sa contracture.

A 16 heures, dilatation de 5 francs. La tête est au-dessus du détroit supérieur. L'utérus est dur. Les douleurs continuelles. Température, 37°6. L'écoulement amniotique fétide.

Durée de l'épreuve du travail, 18 heures.

On décide de passer par voie haute. Césarienne basse typique, rachi-anesthésie. Chloroforme.

Extraction d'un enfant vivant de 2 kg. 250.

*Suites :* Normales. La femme sort guérie le 15 août.

Observation V (16 mai 1935).

Mme X..., I-pare, 37 ans.

La malade présente un bassin canaliculé. Promontoire accessible loin. Le travail débute le 16 mai, à 22 heures. Une heure après, rupture spontanée des membranes. Toute la nuit et la journée du lendemain, les douleurs continuent.

Le 16, à 24 heures, dilatation petite palmaire. Le liquide amniotique est fétide. Les bruits du cœur sont irréguliers. Température, 37°9.

On décide de passer par voie haute. Durée de l'épreuve du travail, 7 heures.

Césarienne basse typique. On place une mèche.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 600.

*Suites :* Le sixième jour, phlébite droite. La malade sort guérie le 12 juillet.

Observation VI (4 août 1935).

Mme X..., 34 ans, I-pare.

Grossesse de 8 mois 1/2. Le travail débute le 4 août, à 8 heures. Utérus tendu; peu de contractions. Orifice interne ouvert comme

2 francs. Le 5, à 1 heure, rupture des membranes tendues au-devant de la présentation. Le sommet descend un peu. Le travail n'avance pas. A 17 heures, dilatation à 2 francs. Température, 38°5; pouls, 120. Durée de l'épreuve du travail, 30 heures.

Césarienne basse typique. Paroi en un plan.

Extraction d'un enfant vivant de 2 kg. 600.

*Suites :* Normales. La malade sort guérie le 7 septembre.

Observation VII (4 novembre 1936).

Mme M..., II-pare.

Bassin rétréci. La malade entre le 11 novembre, présentant un bassin rétréci transversalement avec une symphise en coin. Promontoire très haut. Début du travail le 11, à 17 heures. La poche des eaux se rompt vers minuit : dilatation de 5 francs. Le 12, la tête n'a aucune tendance à s'engager et reste en transverse. La température monte à 12 heures à 38°6. Le pouls à 130. Durée de l'épreuve du travail, 17 heures.

Césarienne basse. Anesthésie à l'éther. Placenta très adhérent. La délivrance amène une inversion utérine vite réduite.

Enfant vivant de 3 kg. 300.

*Suites :* Dans les jours qui suivent, on fait 7 injections de septicémine. La malade sort guérie le 9 décembre.

Observation VIII (5 décembre 1938).

Mme X..., 27 ans, II-pare.

Bassin rétréci. La malade entre le 5 décembre. Début du travail le 4, à 18 heures. Le 5 décembre, on constate dilatation complète à 5 heures du matin, mais la tête reste élevée au détroit supérieur. Poche des eaux rompue artificiellement. La température atteignant 38°2, le pouls, 120, on tente sans succès un forceps en O. I. D. P. On décide de passer par voie haute. Durée de l'épreuve du travail, 12 heures. Césarienne suprasymphisaire classique sous chloroforme.

Enfant vivant de 3 kg. 090.

*Suites :* Aucun incident dans les suites de couches. La malade sort guérie le 30 décembre.

Observation IX (18 mai 1937).

Mme X..., II-pare, 38 ans.

Bassin rétréci avec promontoire facilement accessible. La malade entre dans le service le 18 mai, à 15 heures. Poche des eaux intacte. Col légèrement déhiscent. On décide une épreuve du travail. A petite palmaire, on rompt les membranes artificiellement. Légère hypertonie. La température atteint 38°7; pouls à 120. Dilatation stationnaire. Voie haute.

Césarienne basse classique. Rachi-anesthésie.

Extraction d'un enfant vivant de 4 kilos.

*Suites :* Aucun incident à signaler. La malade sort guérie le vingt-cinquième jour.

Observation X (17 février 1938).

Mlle X..., I-pare.

Bassin rétréci. Entre le 17 février, à 5 heures. La poche des eaux est rompue artificiellement. Dilatation à petite palmaire. Le liquide amniotique est fortement teinté de méconium. Au cours de l'épreuve du travail, aucun progrès de la tête, qui est haute. A 17 h. 30, dilatation complète. Température, 38°8; pouls, 140. Tentative infructueuse de forceps.

Durée de l'épreuve du travail, 18 heures.

Césarienne basse sous rachi complétée par chloroforme.

Enfant vivant de 4 kg. 020.

*Suites :* On fait une injection de septicémine. On donne 9 comprimés de rubiazol. La malade sort guérie le 1er août.

Observation XI (27 mars 1938).

Mme X..., 32 ans, I-pare.

Bassin rétréci. Entre le 27 mars, à 1 heure. Dilatation à 2 francs. Travail stationnaire depuis 12 heures. Poche des eaux rompue artificiellement le 26 mars, à 18 heures. Promontoire accessible à 10 cm. 1/2. A 18 heures, la température atteint 38°3, le pouls 130. Dilatation stationnaire. Durée de l'épreuve du travail, 24 heures.

Césarienne suprasymphisaire sous anesthésie générale à l'éther. Seccacorniné pendant l'intervention, la malade ayant tendance à saigner.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. 300.

*Suites :* Le dixième jour, élévation de la température. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac droit une masse qu'on considère comme un hématome. La malade sort guérie le 22 avril.

Observation XII (17 février 1939).

Mme X..., 27 ans, I-pare.

Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible à 10 cm. 5. Début du travail le 17 février à minuit. La poche des eaux est rompue le 12, à 16 heures précocement et spontanément. Le 18, à 10 heures du matin, la dilatation est à 2 francs. Le liquide amniotique devenant fétide. Température, 37°9. On décide de passer par voie haute.

Césarienne basse classique. On draine. 48 heures après, on change le drain et celui-ci, poussé assez loin, pénètre dans une poche d'où sort un liquide roussâtre. Le troisième jour, température, 38°2, puis descend à la normale au sixième jour. Au septième, la température remonte à 38°8; pouls à 100. Le facies de la malade s'altère à la palpation de l'abdomen : légère contracture. La matité hépatique a disparu. Diarrhée, vomissements. La malade est transportée à Canolle, où elle est décédée.

Enfant vivant de 2 kg. 730.

Observation XIII (7 novembre 1937).

Mme X..., 28 ans, II-pare.

La malade entre en travail le 7 novembre à 14 heures. Bassin rétréci limite. Le promontoire est accessible à 11 cm. La poche des eaux est intacte. Col déhiscent.

Le 8 novembre, à 8 heures, le col est ouvert à 2 francs, le sommet fixé. La dilatation n'avançant pas, on rompt artificiellement les membranes à 17 heures. A 19 heures, 2 cachets de quinine à 0,25. Mais on constate la présence de méconium dans le liquide

amniotique. Température, 38°1; pouls, 120. A 22 heures, on décide de passer par voie haute.

Durée de l'épreuve du travail, 30 heures.

Césarienne basse classique, rachi-anesthésie.

Enfant vivant de 4 kg. 010.

*Suites :* Lymphangite mammaire. Sort le 30 novembre en bon état.

Observation XIV (17 février 1940).

Mme X..., 35 ans, I-pare.

Entre le 17 février, ayant perdu les eaux le 16, à 9 heures. Début du travail à 22 heures.

Le 18 au matin, légère hypertonie. Dilatation à 1 franc, avec bord de l'orifice utérin épais. Vers 10 heures, la dilatation n'a pas avancé. On fait 1 cm³ de spasmalgine. A 15 heures, dilatation de 5 francs, mais contracture du col. La tête reste élevée. A 20 heures, dilatation stationnaire. Température, 37°8 (on avait donné 4 comprimés de rubiazol). Devant ces faits, on décide de passer par voie haute.

Durée du travail, 22 heures.

Césarienne basse typique sous rachi-anesthésie, sans incident.

*Suites :* Le dix-septième jour, la malade a fait une phlébite qui a nécessité son passage à Canolle.

Enfant vivant de 3 kg. 400.

Observation XV (15 février 1941).

Mme X..., 24 ans, I-pare.

Bassin rétréci. Début du travail le 15 février, à 2 h. 30. Tête élevée au-dessus du détroit supérieur. Col en voie d'effacement. Promontoire accessible. Ligament sacro-sciatique ligneux. On fait l'épreuve du travail qui dure jusqu'à 18 h. 15. La dilatation reste à 2 francs, malgré la rupture artificielle de la poche des eaux à 11 h. 30. La température étant à 37°8, le pouls à 110, on décide de passer par voie haute.

Césarienne basse typique sous rachi-anesthésie sans incident.

Enfant vivant de 3 kg. 370.

*Suites :* On a donné du rubiazol pendant 6 jours après l'intervention. La malade sort guérie le 10 mars.

Observation XVI (2 novembre 1941).

Mme X..., I-pare, 22 ans.

La malade a perdu les eaux le 2 novembre, à 9 heures. Entre en travail le 3, à 21 heures. Bassin légèrement rétréci. Promontoire accessible à 11 cm. La dilatation arrive péniblement à 5 francs, où elle reste stationnaire. Liquide amniotique fortement teinté de méconium légèrement fétide. La température étant à 37°8, le pouls à 100, à 11 h. 30 on décide de passer par voie haute.

Durée de l'épreuve du travail, 14 heures.

On injecte 3 ampoules de Soludagénan avant l'intervention.

Césarienne classique. Extraction d'un enfant de 3 kg. 740 facilemet ranimé.

Vaporisation au septoplix de la cavité utérine et des différents plans de suture.

*Suites :* Pendant 3 jours, on donne 2 g. 50 de néococcyl. La température revient à la normale le cinquième jour. La malade sort guérie le 25 novembre.

Observation XVII.

Mme X..., 28 ans, I-pare.

Perd les eaux le 31 octobre, à 1 heure, et entre en travail à 12 heures. La dilatation reste stationnaire. On fait une injection d'hypophyse, qui n'amène aucune modification. Devant l'ascension de la température : 38° à 21 heures, pouls à 120, on décide de passer par voie haute.

Durée de l'épreuve du travail, 9 heures.

Césarienne basse classique sous anesthésie générale à l'éther.

Extraction d'un enfant de 3 kilos, qui crie presque aussitôt et dégage une légère odeur fétide.

*Suites :* Dans les suites opératoires, on fait 3 ampoules de Soludagénan et on donne 12 g. de Dagénan par la bouche. Le septième jour, abcès de la paroi. La malade sort guérie le 21 novembre.

M. le Professeur agrégé R. Mahon, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, cite un exemple frappant de césarienne conservatrice chez une femme profondément infectée et traitée par sulfamidothérapie.

Observation XVIII.

Mme B..., II-pare, 35 ans.

La femme a présenté de la glycosurie pendant toute sa grossesse, dont le taux atteignait 33 g. par litre pour glycémie de 01,09. Le régime et un traitement à l'insuline ont fait tomber la glycosurie à 15 g. à 15 jours du terme.

Le 26 mai au matin, la malade perd les eaux en abondance, à la Clinique Thiers, où elle est immédiatement mise au lit après toilette et pansement aseptique. Pendant trois jours, aucun incident ne se produit. Le liquide continue à s'écouler. Température, 37°4; pouls, 70; bruits fœtaux excellents.

Le 29 au matin, le travail commence, pouls à 96; température, 38°3, et, malgré de bonnes contractions, la présentation reste élevée, la dilatation n'avance que très lentement. A la fin de la journée, le col est ouvert à 2 francs, malgré les injections répétées de spasmalgine, d'hypophyse à petite dose. Travail stationnaire depuis plusieurs heures. Cependant, l'infection amniotique a pris une allure sévère : température, 38°6; pouls, 104; facies altéré, mais les bruits du cœur fœtal un peu ralentis paraissent bons.

On se décide pour une césarienne suprasymphisaire malgré ses aléas.

La césarienne permet de retirer un enfant d'environ 3 kg. 800, baignant dans une purée de méconium et qui ne peut être ranimé. Le contenu utérin est horriblement fétide, l'incision utérine portant sur le segment inférieur mal constitué empiète largement sur le corps, et cependant on ne sait se résoudre au sacrifice de l'utérus.

Le barrage de compresses, l'aspiration électrique, ont empêché l'écoulement de liquide septique dans le ventre, la rachi et une injection d'hypophyse intra-murale ont prévenu toute hémorragie. On fait le plus large usage de 1162-F, en poudre d'abord dans la

cavité utérine, puis, au fur et à mesure de la fermeture de l'organe, sur chaque plan de suture.

Péritonisation et saupoudrage du péritoine et des plans de la paroi abdominale. En tout, on a employé 8 g. de 1162-F. Une mèche de gaze lâchement tassée est laissée en avant du segment inférieur et sort par la partie inférieure de l'incision.

Les suites sont d'une simplicité inattendue, à part un 38°2 le lendemain de l'opération. Elles sont rigoureusement apyrétiques. La malade rentre chez elle le seizième jour.

Ajoutons que la sulfamidothérapie générale a été pratiquée pendant 9 jours (18 g.) par voie intramusculaire, puis mixte, puis buccale.

## CHAPITRE IX

## COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS

Etudions d'abord les observations qui se sont terminées par décès des malades.

Nous enregistrons 3 morts : 1 mort par péritonite, 2 morts par septicémie.

La mort par péritonite s'est produite à la Maternité de Pellegrin. Le troisième jour après l'intervention, malgré l'administration de rubiazol, le drain placé dans la cavité abdominale ramenait un liquide fétide roussâtre. Le septième jour, la malade présentait des vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée, laissant présager une issue fatale.

On ne peut incriminer aucune faute de technique, toutes les précautions ayant été prises, mais il faut considérer qu'on se trouvait en présence d'une femme dont les membranes étaient rompues depuis 60 heures et qui était profondément infectée.

Les 2 morts par septicémie enregistrées à la clinique de Boursier ont atteint des femmes qui ont présenté des formes d'infection graves d'emblée.

L'hémoculture du streptocoque hémolytique fut positive au troisième jour, et, malgré des injections de sérum de Vincent, de septicémine et abcès de fixation, les malades sont mortes, l'une le dixième jour, l'autre après son transfert à Tastet-Girard.

Peut-être aurait-on pu faire une césarienne suivie d'hystérectomie, mais dans l'un comme dans l'autre cas on avait affaire à des malades très infectées et présentant un très

mauvais état général; il est probable que même dans cette dernière hypothèse l'issue fatale eût été à redouter.

Dès lors, on ne peut exclusivement incriminer la césarienne basse dans la cause de ces décès. Cependant, on peut penser qu'une médication anti-infectieuse telle que la sulfamidothérapie aurait pu changer le pronostic de ces deux cas. Nous n'en voulons pour preuve que la remarquable observation publiée par le Professeur agrégé Mahon, qui, dans un cas d'infection amniotique très grave traité par césarienne basse, sulfamidothérapie locale et générale, eut un heureux résultat puisque les suites de couches furent absolument apyrétiques. C'est ce qui lui permettait d'écrire : « On aura sans nul doute dans la sulfamidothérapie une méthode générale très intéressante de prophylaxie de l'infection puerpérale. »

Depuis 1940, date à laquelle on a employé la sulfamidothérapie de façon continuelle en association avec la césarienne basse, dans l'infection amniotique, nous n'avons enregistré aucun décès. Est-ce là la solution de l'avenir ? En tout état de cause, nous pouvons conclure que nous possédons là une arme excellente contre l'infection puerpérale.

Du reste, la pratique en a été étendue à l'Hôpital Boursier. A l'heure actuelle, toute césarienne (même dans les cas purs) est sulfamidée au moins localement.

Si nous examinons à présent la morbidité, nous trouvons un taux de 26 %. Mais là aussi quelques complications ne sont pas forcément dues à la césarienne basse.

Trois abcès de la paroi sur 42 observations, soit 7 %. Cette complication est en nette régression si on la compare aux chiffres que donnent L'Huillier (thèse 1931), 12 %, et même Bereni (thèse 1935), 9 %. La fermeture en un plan dans les cas très infectés, selon la technique du Professeur agrégé Mahon, y est certainement pour beaucoup, et ce chiffre s'améliorera sans doute encore par l'emploi de la sulfamidothérapie locale.

Quatre phlébites, mais cette complication n'est pas spécifique de la césarienne basse et nous ne nous y étendrons pas.

Quant aux autres complications que nous avons notées, nous pouvons les considérer comme banales. Seule l'hémorragie s'est assez souvent rencontrée en cours d'intervention, mais nous n'avons pas noté de cas mortel. Il semble que la rachianesthésie soit un bon facteur d'opération exangue, et même dans les cas où elle s'est produite, on en vient rapidement à bout, grâce à des injections de posthypophyse ou de seccacornine sous-cutanées.

Notons également que l'on fait systématiquement, après l'extraction du fœtus, une injection de 5 $cm^3$ d'hypophyse dans le muscle utérin avant la suture.

Du côté fœtal, la mortalité est de 2,5 %, soit 1 mort sur 42 cas. Encore s'agit-il d'un fœtus extrait chez une des femmes mortes d'infection puerpérale et dont nous avons dit que l'état général était précaire. Donc, nous pouvons conclure à une mortalité fœtale infime.

De tout ce qui ressort, nous voyons que la césarienne basse, même après épreuve du travail et début d'infection amniotique, est une méthode précieuse pour les accoucheurs.

On pourra, certes, objecter les 7 % de mortalité que nous enregistrons, mais, comme nous le notions plus haut, nous espérons que ce pourcentage sera nettement abaissé par la sulfamidothérapie locale et générale. A nos yeux, il nous semble que ce soit là une bonne technique, car elle permet chez les femmes d'éviter l'hystérectomie et par là-même de permettre les possibilités d'une grossesse ultérieure, chose qui ne nous semble pas négligeable, car si nous regardons l'ensemble des observations que nous publions, nous voyons que nous avons affaire à des femmes jeunes, pour la plupart primipares, dont l'avenir gynécologique serait largement compromis par l'hystérectomie d'emblée.

## CONCLUSIONS

— Nous avons voulu étudier dans cette thèse les résultats de la césarienne basse après épreuve du travail et début d'infection amniotique obtenus au cours de ces dix dernières années dans les deux services hospitaliers de Bordeaux.

— Nous croyons qu'une épreuve du travail bien réglée, c'est-à-dire bien surveillée, doit s'imposer chaque fois que nous avons affaire à des bassins limites. Il ne nous semble pas qu'elle doit se chiffrer en heures, mais nous estimons qu'elle est négative quand, malgré des contractions utérines suffisantes, la dilatation n'avance pas et que la présentation demeure haut située.

— Le meilleur test de l'infection amniotique à son début, et alors qu'elle se confirme, nous semble être l'élévation progressive de la température au-dessus de 37°8 et l'accélération du pouls.

— Nous avons envisagé les procédés qui peuvent être alors mis en œuvre :

La césarienne haute doit être rejetée.

Les procédés de Pòrtes et Michon sont peu employés et ne semblent pas donner de meilleurs résultats que la césarienne basse.

— La césarienne basse dans les cas d'infection amniotique débutante ou même avérée ne reste pas sans danger, mais semble donner des résultats convenables.

Nous publions en effet 40 observations avec une mortalité

maternelle de 7 p. 100, une mortalité fœtale de 2 p. 100 et une morbidité de 26 p. 100.

— La sulfamidothérapie locale et générale associée à la césarienne basse nous semble être une arme très appréciable puisqu'en effet nous n'avons enregistré aucun décès par infection amniotique depuis son emploi systématique dans les deux services hospitaliers.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
*Le Président,*
F. FAUGERE.

Vu : *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 mai 1943.
*L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,*
*Recteur de l'Académie,*
A. LIRONDELLE.

## BIBLIOGRAPHIE


ANDÉRODIAS (J.) et PERY (A.). — Les indications de la césarienne basse dans l'infection amniotique. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, n° 1, p. 1-17, janv. 1939.

BASDEN. — Césarienne dans les cas infectés. Série de 45 césariennes dans des cas infectés ou potentiellement infectés. Pas de mortalité. *The British Medical Journal*, p. 358-360, 22 févr. 1936.

BERENI. — Contribution à l'étude de la césarienne basse dans l'infection amniotique. Thèse Bordeaux, 1935.

CHOME (F.) et MERGER (R.). — Résultats des césariennes segmentaires avec exclusion du segment inférieur faites tardivement au cours d'une infection amniotique plus ou moins déclarée. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance 14 mars 1939, n° 10, p. 383.

— Une nouvelle technique de la césarienne basse dans les cas infectés, *Gynécologie*, n° 4, p. 206, avril 1939.

MAHON (R.). — Césarienne conservatrice dans un cas d'infection amniotique sévère. Sulfamidothérapie locale. Suites apyrétiques. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 1, p. 42-43, 15 janv. 1942.

FOURGEAUD. — Indications et résultats de la césarienne basse à Bordeaux. Thèse Bordeaux, 1935-1936.

DIGONNET. — Quatorze observations de césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et drainage au Mikulicz.

GRÖLL. — De l'influence de l'état d'intégrité ou de rupture des membranes sur les suites opératoires de la césarienne basse pour bassin rétréci. Thèse Lyon, 38-39, n° 38.

Cook. — La césarienne dans les cas infectés. *British medical Journal*, mars 1938, t. 35, p. 469-477.

Perralta-Ramos. — L'opération de Michon. *Gyn. et obst.*, juin 1936, p. 535.

Grosse. — La césarienne basse pour injection utérine. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1928.

Merger. — La césarienne tardive. *Gyn. et obst.*, 1933.

Pery (J.). — La césarienne basse à la Maternité de Pellegrin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1931-août 1942.

Courtois (J.) et Bouchacourt. — A propos de 158 cas de césarienne basse. Indications et résultats. Considérations sur leur opportunité. *Rev. de gyn. et d'obst.*, oct. 1938.

Monteverde (V.). — La césaria segmentaria en el coso impuro. *Ar. Fac. de Sc. Méd. de la Plata*, 1938.

Rassin. — Indications de la césarienne basse. *Rev. méd. de Suisse romane*, 1927.

L'Huillier. — La césarienne basse à la Clinique de Bordeaux de 1926 à 1930. Thèse Bordeaux, 1931.

Balard et Mahon. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Marseille médical*, avril 1928.

Carreto (C.). — Diverses indications de césarienne. Soc. de gyn. et d'obst. de Paris, janv. 1930.

22,195. — Imprimeries Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1943.